

問 診 票

フリガナ		お生まれ	年	月	日	年齢	性別
お名前		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
ご住所	〒			身長		体重	
お電話番号（ご自宅）	携帯番号	*ご本人以外の携帯連絡先				続柄	

* いつから、どのような症状がありますか。

* 上記の症状で他の医師や病院に相談されたことはありますか。 いいえ はい
 医師または病院名 ()

* 血縁の方で同じような症状の方はいますか。 いいえ はい 続柄 ()

* いま治療中または、過去にかかった病気はありますか。 糖尿病 高血圧 高脂血症
 心筋梗塞 脳卒中 緑内障 昏神・意識消失 婦人科系疾患
 その他、手術歴等 ()
 ()

* いま飲んでる薬があれば、教えてください。（お薬手帳をお持ちでない方）

* 薬のアレルギーはありますか。 いいえ はい ()

* お酒は飲みますか。 いいえ 機会飲酒 はい ほぼ毎日 週に _____ 回 ぐらい
 ワイン ビール 焼酎 日本酒 ウイスキー、ブランデー等 _____ 合、 _____ mL

* たばこは吸いますか。 いいえ はい (1日 _____ 本)

* 女性の方にお聞きします。現在妊娠中またはその可能性はありますか。 いいえ はい

* 当院を何でお知りになりましたか。 紹介 インターネット フラッグ看板
 電車・バスの広告 その他 ()

* 当日受付にお持ちいただくもの ・保険証 ・紹介状（お持ちの方） ・お薬手帳 ・検査データなど